

※支給額・算出内訳・備考欄は組合記入欄

※支給額	
※算出内訳	

令和 年 月 日

令和\_\_\_\_年度 健診（がん検診）費用補助金請求書

事業所記号							
番号	氏名	該当項目	※備考	番号	氏名	該当項目	※備考
		胃・便・乳・子				胃・便・乳・子	
		胃・便・乳・子				胃・便・乳・子	
		胃・便・乳・子				胃・便・乳・子	
		胃・便・乳・子				胃・便・乳・子	
		胃・便・乳・子				胃・便・乳・子	
		胃・便・乳・子				胃・便・乳・子	
		胃・便・乳・子				胃・便・乳・子	
		胃・便・乳・子				胃・便・乳・子	
		胃・便・乳・子				胃・便・乳・子	
		胃・便・乳・子				胃・便・乳・子	

※裏面の記入上の注意事項・補助金支給要件を必ず確認してください。

上記の被保険者については、事業主健診に併せてがん検診を実施しましたので補助金の請求をします。

なお、個人情報である健康診査結果個人票の組合への提出に際しては、組合が補助金支給の確認書類として活用することに併せて、40歳以上の被保険者については「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく特定健診の実績報告データとして活用することについて、受診者の同意を得ていることを申し添えます。

所在地

事業所名

事業主

振込銀行名 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店

(銀行コード \_\_\_\_\_ 支店番号 \_\_\_\_\_)

口座番号 普通・当座 No. \_\_\_\_\_

フリガナ  
口座名義 \_\_\_\_\_

東京金属事業健康保険組合

受付印

受付印

## 特定健診問診項目の回答票

### 【特定健診検査項目のデータ提供に関するお願い】

平成 20 年度から、健康保険組合では 40 歳から 74 歳までの組合員を対象として、「高齢者の医療の確保に関する法律」により特定健診の実施が義務化され、国へ報告することとなっています。

この法律の第 27 条「特定健康診査等に関する記録の提供」では、事業主が労働安全衛生法等に基づき健康診断を実施した場合、健康保険組合は 40 歳以上（当該年度末）の被保険者の健診（特定健診項目を含む）のデータを、事業主からご提供いただくことができることとなっています。このことにより、添付していただいた健診結果個人票のうち、特定健診該当者のデータについては、特定健診の報告に活用させていただきますので、ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

また、労働安全衛生法の必須項目に含まれない問診項目「服薬歴」、「喫煙歴」、「既往歴」、「自覚症状」については特定健診の必須項目であるため、厚労省より関係団体長を通じ聴取徹底と保険者へのデータ提供協力依頼がされており、このデータ提供についてもご理解を賜りますよう重ねてお願い申し上げます。

### 【個人情報の利用目的】

当組合は、がん検診補助金支給の確認書類として添付される健診結果個人票を、補助金支給に際しての確認書類として活用することに併せて、40 歳以上の被保険者については「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、特定健診の提供データとして活用すること及び、特定保健指導の対象者を抽出すること以外には利用しません。

## 回答票

(記号 番号 氏名 )

□にチェックマークを入れてください。

現在の服薬歴	血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
喫煙歴	現在たばこを習慣的に吸っている。 ※習慣的（「合計 100 本以上、又は 6 ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 ヶ月も吸っている者）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
自覚症状	最近、気になる症状はありますか？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	「有」と回答した方はご記入ください。		